UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 94

FACULTÉ DE MÉDECINE

TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

HERNIES

PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1912

PAR

Paul PANTALONI

Né à Ucciani (Corse), le 10 août 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

PUECH, professeur adj., *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé. } *Assesseurs.*
DELMAS, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

HERNIES

PENDANT LA GROSSESSE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 94

TRAVAIL DU SERVICE DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

HERNIES

PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Paul PANTALONI

Né à Ucciani (Corse), le 19 août 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

PUECH, professeur adj., *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé. } *Assesseurs.*
DELMAS, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻). Chargé de l'enseignt de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✻).
Clinque ophtalmologique		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Higiène		BERTIN-SANS (H)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la Clinique médicale.
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	FLEIG, chargé des fonc

Examinateurs de la Thèse

MM. PUECH, prof. adj., *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE PANTALONI

DOCTEUR EN MÉDECINE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES ONCLES ORSONI

A MA TANTE ORSONI

A MES GRANDS-PARENTS

A MES AMIS

P. PANTALONI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PUECH

PROFESSEUR D'OBSTÉTRIQUE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUÉRIN-VALMALE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MES MAITRES

M. le Docteur IMBERT, professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Marseille.

A MM. le Docteur ALEZAIS, professeur à l'Ecole de Médecine.
le Docteur BOINET, professeur de Clinique médicale.
le Docteur ROUX DE BRIGNOLLES, chirurgien des Hôpitaux.
le Docteur ESCAT, professeur à l'Ecole de Médecine.
le Docteur Charles PLATON.

A mes autres Maîtres, MM. les Docteurs OLMER, ROUSLACROIX, LIVON, SILHOL.

P. PANTALONI.

HERNIES

PENDANT LA GROSSESSE

PLAN GÉNÉRAL

Pendant deux années passées à la clinique obstétricale de Marseille, nous avons été, de la part de M. le professeur Guérin-Valmale, l'objet d'une attention toute particulière.

Il nous a largement fait part de sa grande expérience pratique et théorique avec une telle simplicité et une telle clarté que le travail est devenu pour nous, à son contact, un véritable plaisir. Nous ne saurions assez l'en remercier.

A la fin de nos études médicales, nous ne pouvions trouver un meilleur guide dans le choix d'un sujet de thèse, et nous le prions de croire à notre profonde reconnaissance, pour les indications données dans le choix et la rédaction de notre modeste travail, au cours duquel nous traiterons des « Hernies pendant la grossesse ».

Dans un premier chapitre, englobant dans une vue d'ensemble toutes les variétés de hernies, nous chercherons s'il existe quelques relations entre la grossesse,

l'accouchement, ses suites et la production de cet état pathologique.

Un premier jalon nous sera posé par l'âge auquel on observe chez la femme l'apparition du plus grand nombre de hernies et qui correspond à l'époque de sa plus grande activité sexuelle.

Nous étudierons ensuite quels sont les rapports existant entre la multiparité et la fréquence des hernies.

Nous verrons, enfin, quelles modifications apporte la grossesse à la statistique abdominale, en quoi ses modifications sont susceptibles de favoriser cet état pathologique et par quel mécanisme, suivant l'époque de la puerpéralité que l'on envisage.

Ce chapitre d'ordre général sera suivi d'un second, dans lequel nous étudierons, pour chaque variété de hernies, l'action réciproque que les deux facteurs (hernies et grossesses) exercent l'un sur l'autre.

Nous verrons aussi quels sont les accidents auxquels ils peuvent donner naissance (réductibilité et étranglement). Nous dirons le pronostic maternel et fœtal dans chaque cas. Enfin, nous indiquerons quelle est la conduite à tenir selon la gravité des accidents et l'âge de la grossesse.

CHAPITRE PREMIER

DU ROLE DE LA GROSSESSE DANS LA PRODUCTION DES HERNIES

Que de femmes porteuses de hernies déclarent, au cours d'un examen médical : « C'est survenu à la suite d'une grossesse. » Pour elles, il ne fait pas de doute que ce ne soit là la cause primordiale de cette infirmité.

Pouvons-nous médicalement approuver cette opinion et en affirmer l'exactitude ?

Il est bien difficile d'en posséder la preuve indiscutable, et si nous pouvons en acquérir la conviction, c'est en la recherchant par des voies indirectes et en nous appuyant sur des constatations certaines et convergentes, qui tendent à nous démontrer par induction correcte la vérité probable de cette opinion populaire.

L'étude de l'âge d'apparition des hernies chez la femme donne d'intéressants résultats.

Pour les hernies inguinales et crurales, tous les auteurs s'accordent à dire que leur nombre est restreint dans l'enfance et l'adolescence et qu'elles sont relativement rares jusqu'à 25 ans. A cette époque, on commence à constater que leur nombre augmente progressivement pour arriver à un maximun entre 30 et 45 ans.

A l'inverse des précédentes variétés, on constate le plus grand nombre de hernies ombilicales dans la première

année de la vie, ce qui tient à la lente transformation fibreuse de la cicatrice ombilicale. Puis, jusqu'à 25 ans, ces lésions deviennent tellement rares qu'elles semblent disparaître ; mais, à cette époque, elles réapparaissent pour devenir de plus en plus nombreuses jusqu'à 40 ans.

Les hernies de la ligne blanche, et nous comprendrons dans cette dénomination les hernies de la paroi antérieure de l'abdomen, sont rares dans l'enfance et l'adolescence, le maximum de leur apparition a lieu vers 35 à 40 ans.

Quant aux autres variétés : hernies diaphragmatiques, hernies lombaires, hernies pré et rétro-vaginales, quoique n'ayant pu trouver dans la littérature médicale de renseignements précis, nous nous croyons autorisé à dire qu'il doit en être de même, selon toute probabilité.

Une constatation s'impose.

L'âge d'apparition des hernies et le moment de leur plus grande fréquence coïncident avec celui de la plus grande activité génitale de la femme.

C'est un argument en faveur d'une relation de cause à effet, mais il serait insuffisant à entraîner notre conviction. Un nouvel élément vient se joindre à lui, mais celui-ci tiré de la comparaison des chiffres de multiparité et de fréquence des hernies.

Berger interroge 2.229 femmes de tout âge, porteuses de hernies, et constate que, parmi elles, 1871 ont eu une grossesse à terme.

La proportion des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants est plus considérable parmi les porteuses de hernies doubles (crurales ou inguinales) que parmi celles qui ont des hernies simples. Ce qui semble indiquer que la multiparité augmente le nombre des hernies.

Si l'on pouvait comparer les chiffres de leur fécondité,

chez les femmes hernieuses, à ceux que donne la population en général, on verrait si les multipares figurent en nombre plus considérable chez les premières que dans la moyenne normale.

Deux tableaux sont nécessaires pour cette comparaison : l'un d'eux nous est donné par Berger qui, sur 2.229 femmes portant des hernies, opère la classification suivante d'après le chiffre de leur parité :

Nombre d'enfants	Chiffre absolu	Proportion pour 0/00 hernieuses
0	350	160,6
1	255	114,4
2	250	112,1
3	229	102,1
4	201	90,1
5	201	90,1
6	218	97,7
7 et +	517	231,9

Quant au second élément de la comparaison, quel est le chiffre de leur parité pour 1000 femmes prises au hasard dans la population générale ? Voilà qui est plus difficile à résoudre. Nous pouvons cependant connaître ces données, mais seulement pour les femmes mariées, en nous adressant aux statistiques du docteur Jacques Bertillon, et nous restons sans document en ce qui concerne les femmes célibataires. Sur ces dernières, les seules données certaines sont : 39 % des femmes non mariées ont des enfants, 60 % n'en ont pas. On peut admettre que, dans les classes pauvres, les conditions de vie en union libre font que la procréation doit se produire à peu près dans les mêmes proportions que dans les ménages réguliers.

Les chiffres donnés pour les femmes mariées peuvent donc être adoptés comme approximativement exacts pour

l'ensemble de la population. Nous prendrons donc, comme base de la comparaison, le tableau ci-après, portant sur le nombre d'enfants possédés par 1000 ménages au jour de la dissolution du mariage, lors de la mort d'un des époux.

Nombre d'enfants	Proportion pour 1000 femmes
0	48
1	226
2	212
3	171
4	115
5	80
6	52
7 et +	98

Ces chiffres fournis par les ménages réguliers, et que nous adoptons faute d'autres, ne diffèrent, en somme, de ceux qui comprendraient tout l'ensemble de la population que par l'existence, dans cette dernière, d'une certaine quantité de multipares et aussi par la limitation volontaire des grossesses chez les filles-mères.

Comparons les résultats obtenus :

Nombre d'enfants	0	1	2	3	4	5	6	7 et +
Sur 1000 femmes mariées au moment de la dissolution du mariage.	48	226	212	171	115	80	52	98
Sur 1000 femmes atteintes de hernies à partir de 15 ans.	160	113	112	102	90	90	97	231

Il facile de voir que la proportion des femmes, dans la première, décroît rapidement au fur et à mesure que s'élève le nombre des grossesses, tandis que, dans la seconde, les chiffres varient peu.

Nous voyons ainsi que la proportion des VII pares atteintes de hernies est plus du double que celle des femmes mariées ayant eu sept enfants.

Il en résulte que les grandes multipares sont représentées chez les hernieuses par un chiffre très important, eu égard au petit nombre de ces grandes multipares dans la population générale.

Cette différence deviendra plus manifeste, si nous songeons que les statistiques ont été faites, pour les hernieuses, sur des femmes de tout âge ; que, pour beaucoup, l'existence génitale n'était pas terminée, tandis que les chiffres du second tableau ont été faits au moment de la dissolution du mariage, c'est à dire à une époque où, si la femme vivait encore, elle n'aurait guère à espérer de concevoir.

Nous avons déjà vu que la proportion des femmes ayant des enfants est plus forte parmi celles ayant des hernies doubles « inguinales ou crurales » que parmi celles qui ont des hernies simples. Tout cela indique donc clairement des relations étroites existant entre la grossesse et la hernie ; la première jouant pour les autres le rôle d'une des principales causes prédisposantes, sinon de cause efficiente.

Ayant ainsi exposé que la grossesse est un facteur étiologique important dans la production des hernies, nous voudrions essayer de montrer par quel mécanisme.

Et d'abord : Qu'est-ce qu'une hernie ? Quels sont les facteurs de sa production ?

Le mot hernie, pris dans son acception la plus large, exprime la sortie partielle ou totale d'un organe hors de la cavité qui le contient, à travers une solution de continuité traumatique ou naturelle.

La physiologie pathologique des hernies est contenue

tout entière dans l'étude de trois éléments indispensables pour leur production :

1° La faiblesse congénitale ou acquise de certains points de la paroi d'enveloppe, d'une part ;

2° De l'autre, la tension intracavitaire, souvent modifiée par la contraction des muscles de la paroi, soit brusque et violente, soit lente et progressive ;

3° La mobilité des organes contenus.

Donc, l'augmentation de cette tension intracavitaire sera la cause effective de la production d'une hernie en distendant ou rompant partiellement les fibres aponévrotiques constitutives d'un orifice fibreux ; mais elle sera préparée par une prédisposition de ces tissus à se laisser forcer. Alors le péritoine, repoussé par les viscères au niveau des points faibles, se déprime en godets, puis peu à peu s'engage dans l'anneau fibreux et finit par constituer une véritable cavité pouvant contenir un ou plusieurs organes abdominaux.

En dehors de la grossesse et de tout état pathologique, il existe un équilibre parfait entre les parois musculo-aponévrotiques, organes de contention, et la pression du contenu de la cavité abdominale. Les orifices naturels ne contiennent pas dans leur trajet les organes qui y sont normalement. L'intestin est maintenu dans sa place habituelle par le mésentère. La tension intra-abdominale est exactement contrebalancée par la tension musculaire des parois dont la structure anatomique et histologique n'a subi aucune atteinte.

Pendant la grossesse, au contraire, que se passe-t-il? Une triple action se manifeste : augmentation de la tension abdominale, tiraillements des parois avec élargissement des orifices, assouplissement et ramollissement des régions fibreuses.

Nous assistons, à mesure que la grossesse avance en âge à l'ascension progressive de l'utérus, quittant le petit bassin pour venir, à terme, remplir presque complètement la cavité abdominale du pubis à l'appendice xyphoïde. Cette énorme tumeur, maintenue en avant par la sangle abdominale, la distend progressivement. La peau tendue, luisante, présente souvent des vergétures. La dépression ombilicale subit un effacement progressif à partir du milieu de la grossesse. A terme, la peau de la cicatrice ombilicale est saillante au-dessus de la surface de l'abdomen. L'anneau ombilical est dilaté admettant l'extrémité de l'index. Les muscles et aponévroses des parois abdominales sont repoussés au dehors par l'utérus gravide ; ils s'allongent et s'amincissent. Ce phénomène porte soit sur toute la paroi, soit sur la ligne blanche surtout, qui subit une énorme distension. En effet, les muscles droits s'éloignent l'un de l'autre, et l'intervalle qui les sépare peut occuper une surface de 11 centimètres au lieu de 2 à l'état normal. De plus l'épaisseur de la paroi en ce point ne dépasse pas quelques millimètres. Par suite de cet écart, les fibres aponévrotiques sont affaiblies et forcées, incapables de résister à la pression venant de l'intérieur. Leur direction presque verticale devient oblique et délimite un losange dont l'angle inférieur est à 7 centimètres environ au-dessus du pubis. Si la ligne blanche cède jusqu'à la symphyse, les muscles droits peuvent glisser en arrière sur les côtés de l'utérus lequel n'étant plus maintenu, bascule en avant.

Les orifices inguinaux et cruraux sont distendus et se laissent facilement dilater par les doigts.

Cette action mécanique de l'utérus gravide agit aussi sur le diaphragme formant la voûte de la cavité abdominale. Sous l'action de cette force venant, de bas en haut,

agir sur sa partie moyenne, sa concavité normale vers le bas s'exagère et il réagit en tirant sur ses insertions latérales. Nous comprenons fort bien que ces fibres musculo-aponévrotiques sont tiraillées, amincies, et que les points où cette voûte est formée seulement de l'accolement des séreuses thoraciques et abdominales sans interposition de muscles, seront élargis, étant ainsi préparés à la formation d'une hernie diaphragmatique. Les organes mobiles de l'abdomen : estomac, côlon, intestins, épiploon, sont d'ailleurs refoulés en haut et en arrière, et pressés ainsi contre la voûte diaphragmatique, que nous venons de voir si tiraillée.

Quant au plancher, il subira aussi les modifications qui atteindront leur maximum au moment du travail. Les deux points faibles situés en avant et en arrière du vagin où le releveur de l'anus n'est pas doublé par le transverse du périnée pourront donner lieu à la formation de hernies dites pré et rétro-vaginales.

Mais cette distension est encore favorisée par ce fait que la grossesse crée des propriétés nouvelles. Elle modifie la texture et la solidité des parois ; en effet, le tissu cellulaire sous cutané ainsi que les muscles subissent la dégénérescence graisseuse à laquelle participe l'organisme d'une femme enceinte.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine se relâchent pour le même motif. Le mésentère subit un allongement et l'intestin mobile est refoulé par le développement de l'utérus.

La pression intra-abdominale augmente fortement pendant la grossesse, favorisée par l'accroissement de l'utérus, le météorisme intestinal et la constipation habituelle des femmes enceintes.

Pendant le travail, cette pression atteint son apogée,

car l'utérus se contracte ainsi que toutes les parois de l'abdomen en vue de l'expulsion du produit de conception.

En résumé, le relâchement des parois, la distension des orifices, la laxité des intestins, l'augmentation de la pression intra-abdominale, qui ne peut être contrebalancée par l'élasticité des muscles d'enveloppes, les contractions du travail permettront assez souvent le passage à travers une ouverture préexistante ou néoformée d'une partie du contenu abdominal, donnant ainsi naissance à une hernie.

Pour déterminer à quel moment de la puerpéralité se produiront le plus souvent les hernies, nous nous servirons des chiffres donnés par les statistiques de divers services d'obstétrique :

Mlle Komarowsky, dans sa thèse de doctorat, nous apprend que Braun, pendant 26 ans d'exercice, après des examens portant sur 75.659 femmes enceintes à la Maternité de Vienne, n'a observé que 62 cas de hernies soit, 0.08 p. 100.

Muller, dans une statistique portant sur 9482 cas, trouve 35 hernies, soit 0.04 p. 100.

Aepli, à Saint-Gall, sur 1555 cas, trouve un pourcentage de 0.06 p. 100.

Hubert, de Louvain, dans sa clientèle hospitalière et privée, trouve un chiffre plus élevé, soit 1 p. 100.

Sur 2229 hernieuses que Berger examina, 290 accusèrent leur grossesse comme ayant provoqué la formation de leurs hernies, 238 après la parturition, et 52 seulement pendant la grossesse.

Hergott, de Nancy, en a vu très peu.

Felhing, de Halle, estime même que les hernies sont

plus rares chez les femmes enceintes que chez celles non gravides.

Nous constatons donc que les chiffres exacts donnent un pourcentage variant de 0.08 à 1 p. 100.

Donc, la majorité des hernies paraissent après la grossesse.

En effet, l'utérus, refoulant l'intestin, ne lui permet que rarement la descente vers un orifice; au moment du travail, au contraire, l'intestin glissera au fur et à mesure que l'utérus lui fera place, et on pourra voir pointer une hernie dans un des orifices précités. Ou bien, dans les suites de couches, quand la femme se lèvera, à l'occasion d'un effort, la tumeur herniaire apparaîtra. Elles se produisent quelquefois bien plus tard, encore qu'il soit possible de les rattacher à une grossesse antérieure. Elles apparaîtront d'autant plus vite que le travail aura été plus laborieux, l'accouchement pénible, nécessitant des interventions. Nous ajouterons que la grossesse gémellaire, le gros œuf, l'hydramnios ne pourront que les favoriser, en raison de la forte distension qu'ils occasionnent et de la plus grande longueur du travail et, en particulier, de la période d'expulsion ou des efforts.

CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE DÉVELOPPEMENT ET L'ÉVOLUTION DE CHAQUE VARIÉTÉ DE HERNIES. - GRAVITÉ. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

HERNIES INGUINALES ET CRURALES

Nous étudierons dans un seul paragraphe les hernies crurales et inguinales, à cause de leur situation anatomique et des nombreux points communs que présentent ces affections, en nous réservant d'insister, dans un paragraphe spécial, sur la gravité des accidents que leur présence peut entraîner.

Nous pouvons tout d'abord nous demander quel est le rapport de fréquence des hernies crurales aux hernies inguinales.

Si nous consultons les statistiques générales portant sur des femmes quelconques, nous trouverons une prépondérance marquée en faveur des hernies inguinales. En effet, Macready, examinant pendant trois années consécutives (1888-1889-1890) les femmes se présentant à la Société des bandages de Londres, trouve que les hernies crurales sont aux hernies inguinales comme 31,6 est à 50,4.

Berger, faisant les mêmes calculs à Paris, trouve que ce rapport est de 32,7 à 46,6. En sera-t-il de même chez

la femme enceinte ? Nous pensons pouvoir l'affirmer, car si la grossesse dilate l'anneau crural, elle agit de la même façon sur l'orifice inguinal.

D'ailleurs, Mlle Komarowsky, dans une étude portant sur 35 femmes hernieuses, trouve que les variétés se répartissent de la manière suivante :

22 inguinales simples ou doubles ;

4 crurales ;

9 diverses.

C'est la confirmation que les hernies inguinales sont plus fréquentes que les crurales.

On a prétendu aussi que la déviation physiologique de l'utérus à droite pouvait, dans une certaine mesure, favoriser le développement de ces variétés de hernies d'un côté, en laissant à gauche un espace plus grand permettant la descente plus facile de l'intestin vers les orifices précités.

A ce sujet, Macréady, examinant des femmes de 20 à 30 ans, porteuses de hernies, en trouve 340 ayant leur lésion à droite et 368 l'ayant à gauche.

Mlle Komarowsky, sur 20 cas, en trouve 18 à gauche et 2 à droite seulement.

Il semblerait donc qu'il existe une légère prédominance à gauche chez les femmes enceintes ayant eu plusieurs accouchements.

Cette action localisatrice nous paraîtra plus nette quand nous aurons dit que, dans une statistique de Berger, portant sur 1.123 hernieuses prises au hasard en dehors de toute question de puerpéralité, on trouve, au contraire, une légère prédominance à droite.

Nous avons déjà vu qu'il est rare d'observer des hernies au cours de la grossesse. Ceci est vrai en particulier pour les variétés qui nous occupent, et nous pouvons nous

l'expliquer facilement. En effet, l'utérus gravide, dans son mouvement d'ascension hors du petit bassin, refoule les intestins vers la gauche et en haut ; il réduit la hernie. Cet effet réducteur de la grossesse par action mécanique de l'utérus nous est bien montré par une observation de Bryant parue dans *The Lancet* en 1861.

Observation Première

Hernie inguinale réduite durant la grossesse, puis récidivée
(Briant, *The Lancet*, 1861)

« Une femme porteuse de hernie inguinale devient enceinte. A mesure que la forme du ventre se modifiait, la saillie diminuait progressivement pour disparaître vers la fin de la grossesse. Mais, peu après l'accouchement, la femme remarqua une petite grosseur qui atteignit, le quatrième jour, la grosseur du poing. Cette tumeur était d'ailleurs réductible. »

D'autre part, tous les auteurs sont d'accord pour dire que les femmes enceintes hernieuses n'ont plus besoin de bandage à partir du cinquième mois. Berger dit qu'en général pendant la gestation, les hernies crurales et inguinales ne donnent pas d'ennuis aux personnes qui les portent, qu'elles se réduisent aux cinquième et sixième mois, et ne sortent que peu ou pas du tout.

Schauta est d'avis qu'elles se réduisent vers le troisième ou le quatrième mois.

Freund les a vues se réduire spontanément au cours du cinquième mois, pour réapparaître après l'accouchement.

Mais il ne faudrait pas en conclure qu'il en est tou-

jours ainsi ; car l'action décrite antérieurement de relâchement des parois et de distension des orifices favorise l'issue des hernies ; on comprend ainsi qu'elles puissent subsister pendant la grossesse.

Observation II

Hernie inguinale persistant pendant la grossesse (Guérin-Valmale)

Femme de 32 ans, secondipare, accouchée une première fois huit ans auparavant, et présentant depuis plusieurs années une hernie inguinale gauche de la grosseur d'une petite noix qu'elle maintient réduite par un mauvais bandage. Devenue enceinte, il ne se produisit aucun changement dans son état, mais, dans le dernier mois de sa grossesse, elle dut ôter le bandage qui devenait trop douloureux ; la hernie était alors toujours saillante. A terme, le travail commença normalement en présentation du sommet O I D P. Durant la période d'expulsion, à chaque effort, la hernie semblait augmenter de volume et devint aussi grosse qu'un bel œuf ; on la fit alors contenir par la main d'un aide, et l'accouchement se termina normalement.

Aussitôt après, elle se réduisit facilement, et le bandage fut remis en place. Plus tard, son état paraissait analogue à ce qu'il était avant la grossesse, et l'on ne pouvait affirmer que son volume eût subi une augmentation.

D'autre part, malgré que nous ayons vu leur rareté, il peut s'en produire au cours de la grossesse. Une observation recueillie à la clinique obstétricale de Marseille est assez caractéristique pour le montrer.

Observation III

(Personnelle)

Hernie inguinale. — Apparition pendant la grossesse

A..., 22 ans, bonne de restaurant, secondipare sans antécédents personnels ni héréditaires (pas de hernies dans sa famille) ; entre le 13 février 1912 dans le service de clinique obstétricale du professeur Guérin-Valmale, à Marseille. Date des dernières règles, du 9 au 12 juin 1911 ; à terme le 22 mars.

Le 14 septembre, apparition, vers midi, d'une hémorragie durant deux jours. Menaces d'avortement ; puis tout rentre dans l'ordre. Le 23 décembre, à son lever, nouvelle hémorragie, moins abondante que la première, s'arrêtant dans la nuit.

Le 28 janvier, dans la position accroupie et pendant l'effort, la femme ressent une douleur à la région inguinale gauche, exagérée par la marche et la toux. La malade constate une tuméfaction de sa grande lèvre gauche, constitutive à une hernie inguinale réductible.

Cet accident l'inquiétant, elle entre à l'hôpital, l'examen révèle une femme normalement constituée, dont le ventre volumineux est couvert de vergétures.

La palpation de l'utérus nous permet de constater :

1° Une tête engagée en gauche ; le siège dans l'épigastre ; entre les deux, un plan résistant ; des petits membres à droite. Le maximum du bruit des battements du cœur fœtal à gauche.

2° Dans la fosse iliaque droite, un troisième pôle fœtal, difficile à différencier, et en haut, un quatrième pôle, difficilement accessible. Foyer d'auscultation maxi-

mum à droite, symétrique du premier. Le nombre des pulsations de chaque côté varie peu, 32 à gauche, 36 à droite. Le diagostic de grossesse gémellaire est posé. Accouchement à terme de deux jumeaux de sexe masculin. Délivrance et suites de couches normales.

Dans ce cas, la femme ayant fait effort dans la position accroupie, les parois abdominales atteignaient ainsi leur maximum de tension, et leurs orifices étaient largement distendus ; en même temps, le diaphragme, pressant sur les organes mobiles de l'abdomen, les refoulait des parties hautes vers le bas. Une anse intestinale a pu se glisser entre les parois utérines et abdominales pour venir, sous l'action de l'effort, faire hernie à l'orifice inguinal.

Ce mécanisme est d'ailleurs absolument comparable à celui que Duncan décrivait pour la production des procidences du cordon et que l'on connaît sous le nom d'expression ovulaire.

D'autre part, il est des hernies qui, étant constituées avant la grossesse, ne subissent pas son action réductrice. Il en est, parmi elles, qui, par suite de leur ancienneté, du mode de contention, ont contracté des adhérences avec le sac ; elles sont alors retenues, tiraillées, provoquant des douleurs, des nausées, pouvant devenir, quoique rarement, la cause d'une excitation utérine réflexe avec les accidents qui s'ensuivent.

De plus, la déviation latérale droite de l'utérus dont nous avons déjà parlé laissant libres quelques orifices à gauche, l'intestin peut n'être pas refoulé vers les parties hautes de l'abdomen ; il tombera vers les régions illiaques, créant ainsi des dangers de hernies qui persisteront pendant toute la grossesse. Une petite hernie préexistante et inaperçue jusque-là peut, sous l'action de la

grossesse, s'accroître de façon importante, même pendant la première moitié de la gestation.

Nous dirons peu de chose des symptômes qui sont ceux des hernies en dehors de la grossesse, même nous retiendrons qu'une hernie peut souvent passer inaperçue à cause de sa réduction spontanée.

Que deviennent ces hernies pendant le travail ? Le plus souvent, si elles sont réduites, elles ne se manifestent pas et ne gênent en rien le travail. Dans d'autres cas, elles sortent. Il est alors nécessaire de les maintenir ; car, ainsi que nous le disent Fischer et Müller, l'accouchement est le moment d'élection pour la production de l'étranglement.

Nous venons de faire l'exposé de l'évolution habituelle des hernies pendant la grossesse, il n'en est pas toujours ainsi. Ces hernies inguinales et crurales présentent parfois des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement.

En allant du simple au composé, nous pouvons rencontrer :

1° De simples troubles fonctionnels consistant en douleurs dans la hernie, en coliques survenant par crise chez certains sujets, et qui s'irradient dans l'abdomen. Au point de vue de la variété des hernies « crurales ou inguinales », qui ont été le plus souvent le siège de ces manifestations, nous trouvons que, sur 21 cas observés, 7 se rapportent à des hernies inguinales et 14 à des hernies crurales.

Chez la femme, les hernies crurales, bien plus que les hernies inguinales, donnent lieu à des accès douloureux.

Mais indépendamment du siège, du volume et de l'état pathologique du contenu de la hernie, nous comprenons fort bien que tout ce qui créera un état de susceptibilité

particulier de l'intestin ne pourra qu'amplifier ces symptômes. Il nous semble bien que la grossesse, par les transformations qu'elle opère sur le tube digestif, sera bien une cause adjuvante importante. De même, toute fraction épiploïque ou intestinale plus ou moins adhérente à son sac, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, se trouvera soumise à des tiraillements du fait de l'ascension utérine qui tend à la réduction de cette hernie.

2° Le second accident dont nous avons à nous occuper, c'est leur irréductibilité.

Une hernie est irréductible quand il n'est pas possible, par des manœuvres appropriées, de faire regagner à son contenu sa place normale, ou que, une fois réduite, il n'est pas possible de l'y maintenir.

Nous voyons que les causes qui peuvent occasionner cet accident tiennent à deux ordres de faits : 1° le très grand volume de la hernie ; 2° la présence dans la hernie de l'épiploon modifié dans sa constitution.

Sur 15 cas de hernies de la première catégorie, nous trouvons 8 inguinales et 7 crurales ; dans la seconde, au contraire, et dans une statistique portant sur 85 cas, nous avons 10 inguinales contre 75 crurales.

Si nous voulons nous rendre compte de cette fréquence, il nous suffira de donner les chiffres de Berger qui observa l'irréductibilité une fois sur 57,7 hernies inguinales et une fois sur 11,3 hernies crurales. Encore une fois, nous constatons une prépondérance des secondes sur les premières. Le même auteur nous apprend que l'irréductibilité simple sans accident est relativement rare, puisqu'il accuse un pourcentage de 1 sur 28,8.

En est-il de même pendant la grossesse ?

On la rencontre assez souvent chez la femme enceinte, causée par des adhérences du péritoine et de l'épiploon,

provoquant la symphyse herniaire. De plus, en dilatant les anneaux de sortie, elle facilite la réduction, mais empêche la contention facile des vieilles et grosses hernies. En effet, à volume égal, il est évident que l'irréductibilité, par perte de droit au domicile des grosses hernies, doit être plus fréquente chez la femme enceinte que chez la femme non gravide. Mais ces hernies donnent rarement lieu à intervention, et Mlle Komarowsky nous apprend que, sur 52 cas de hernies irréductibles pendant la grossesse, 45 évoluèrent sans accident.

Dans un troisième cas, nous pourrons voir ces hernies s'étrangler; le fait est rare pourtant.

Scanzoni dit : « Si la hernie peut durer au cours de la grossesse, jamais nous n'avons vu d'étranglement dans ce cas, ni après l'accouchement. Nous n'avons même pas remarqué de manifestations menaçantes pouvant leur être attribuées. »

Berger dit « qu'il existe une sorte d'incompatibilité entre l'état de grossesse et l'étranglement herniaire ». Les seuls cas connus de cet auteur sont ceux de Jandier, qui observa un cas d'étranglement de hernie crurale ancienne au neuvième mois de la grossesse, et celui de Roberts, qui constata le pincement latéral de l'intestin dans une hernie crurale chez une femme enceinte de cinq mois.

Si nous examinons quelles sont les causes de l'étranglement, nous voyons qu'elles sont de deux sortes :

1° Causes d'ordre mécanique.

2° Causes d'ordre physiologique et inflammatoire.

Pour les premières, les phénomènes invoqués sont les suivants : l'élasticité des anneaux revenant sur eux-mêmes après la sortie de l'intestin et s'opposant à sa rentrée ; la compression du bout inférieur de l'anse herniée par le bout supérieur dilaté ; la coudure brusque

de l'intestin sur l'arête vive de l'anneau ; l'interposition, en forme de coin, du mésentère dans l'anneau qu'il obture.

Pour les secondes, nous incriminerons : la tension des parois abdominales ; le spasme dû à la douleur du muscle de la paroi ; les modifications subies par le contenu de la hernie.

La grossesse favorise-t-elle ou écarte-t-elle les risques d'étranglement ?

Nous avons déjà vu que, dans la plupart des cas, l'action réductrice de la grossesse les fait rentrer ; mais si les hernies sont adhérentes, elles ne suivront pas le mouvement d'ascension de la masse intestinale. Leur pédicule sera tiraillé, étalé, et il se créera, dans cette région, de l'engouement, pouvant précéder de peu l'étranglement.

D'autre part, nous sommes d'avis que l'action dilatatrice de la grossesse sur les orifices diminue les chances d'étranglement et qu'elle exerce une action préventive sur les phénomènes mécaniques de production de cette lésion.

Quant aux causes d'ordre physiologique, elles sont peu influencées par la grossesse, car les femmes se ménagent, évitent la fatigue et l'effort. L'étranglement herniaire sera donc une rareté pendant la grossesse.

Pourtant, nous en trouvons des exemples dans la littérature médicale.

Perrichot, dans sa thèse, nous dit en avoir observé 3 cas. Cohnstein, dans son ouvrage sur les influences réciproques de la gravidité et du traumatisme, en cite 11 cas. De Rycker, dans sa thèse, nous parle de 47 cas.

Il serait intéressant de savoir à quel moment de la grossesse elles s'étranglent le plus souvent.

Fischer, analysant à ce point de vue 26 observations de hernies étranglées, les groupes en trois catégories :

1° La hernie s'établit et s'étrangle pendant la grossesse.

2° La hernie se produit pendant la grossesse et s'étrangle pendant l'accouchement.

3° La hernie réduite par la grossesse s'étrangle pendant l'accouchement.

De Rycker, dans sa thèse, donne les chiffres suivants :

Variétés	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Inguinales .			3	3	1				
Crurales . .	2	1	9	3	7			2	

Nous pouvons en conclure que, pendant la grossesse, le moment de la plus grande fréquence de l'étranglement est dans la première moitié, surtout à partir du 3e mois ; que la proportion de crurales est forte et concorde avec celle que fournit l'étude des accidents chez les hernieuses en général. Berger nous fait remarquer que, malgré la fréquence plus grande des hernies inguinales, l'étranglement se produit plus souvent dans la variété crurale.

Nous avons vu que, dans la plupart des cas, les hernies inguinales et crurales donnent rarement lieu à des accidents graves pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Par conséquent, en dehors de l'étranglement qui nécessitera toujours notre intervention, nous n'avons pas à nous en préoccuper, nous les traiterons, comme en dehors de la grossesse, par des bandages et le repos.

Mais pour l'étranglement herniaire, il sera de notre devoir d'intervenir sans tarder.

Quel sera alors le résultat de cette opération quant à la vie de la mère et de l'enfant ? La grossesse pourra-t-elle, par la suite, évoluer normalement ?

De Rycker nous montre que, sur 28 hernies étranglées inguinales ou crurales, et se répartissant en 5 inguinales et 23 crurales, la kélotomie donne 5 guérisons pour la première catégorie, 10 morts et 13 guérisons pour la seconde.

Dans les cas traités par cette opération, le pourcentage de la mortalité est donc de : 0 0/0 pour les inguinales ; 43,6 0/0 pour les crurales.

Cette mortalité est-elle plus élevée que celle qui suit les kélotomies en général ?

Ici encore, les chiffres nous sont nécessaires, et si nous consultons les statistiques récentes de Hagedorn et de Tscherning, nous trouvons un pourcentage de mortalité variant entre 14 et 20 °/₀. Si en s'en rapporte à ces chiffres, il semblerait que la gravidité comporte une aggravation notable du pronostic opératoire.

Pourtant, nous livrant à un examen plus approfondi de ces deux éléments de comparaison, nous trouvons que le premier contient des erreurs :

1° Parmi les cas examinés par de Rycker, plusieurs appartiennent à l'ère préantiseptique, ce qui diminue la valeur du pourcentage.

2° Nous remarquons aussi que sur les 10 morts, 8 avaient été précédées d'avortement ou d'accouchement prématuré, assombrissant considérablement le pronostic.

Le second élément de comparaison, nous donnant une mortalité de 20 °/₀, est, selon Berger, au-dessous de la réalité.

Il en résulte que la grossesse, coïncidant avec un étranglement herniaire, ne paraît pas augmenter beaucoup le

danger de l'opération, qui, elle-même, n'a le plus souvent aucune action fâcheuse sur le fœtus, à la condition d'être faite au moment opportun.

Nous pourrons donc, si pareil fait nous arrive, faire un taxis prudent, puis, sans tarder, si le résultat se fait attendre, entreprendre le traitement chirurgical sanglant comme en dehors de la grossesse.

HERNIES OMBILICALES

« L'ouverture ombilicale est si mal défendue que si elle n'était située dans un lieu où il ne s'exerce aucun effort, de toutes les hernies l'exomphale serait la plus fréquente. » Ainsi s'exprime Cooper dans son traité des hernies.

En effet, toutes les causes qui peuvent agir sur les parties déclives auront une action peu marquée sur les régions ombilicales.

Pour qu'une action sensible se produise, il faut qu'aux causes habituelles de production des hernies, s'en ajoute une autre : le changement de capacité de l'abdomen et le relâchement des parois. Nous voyons de suite que la grossesse remplit ces conditions.

Ces hernies doivent, par conséquent, être plus fréquentes chez la femme que chez l'homme ; c'est ce que démontrent les statistiques.

Sur 422 cas de hernies admis à Vienne pendant une année, on a trouvé 11 hernies ombilicales, dont 10 chez la femme.

A la Société des bandages de Londres, on a pu réunir 344 cas de hernies ombilicales, sur lesquels 315 ressortissent à des femmes.

Donc, elle est fréquente chez les femmes ayant eu des enfants.

Nous savons qu'elle est peu fréquente pendant la grossesse.

Mlle Komarowsky, sur 52 cas de hernies chez des femmes enceintes, en trouve 7 ombilicales, soit 13,4 %, en très petit nombre par conséquent.

Il nous semble cependant qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne croit, car il en est qui, existant au début de la gestation, passent alors inaperçues à cause du peu de gêne qu'elles occasionnent. Elles disparaissent plus tard dans la seconde moitié de la grossesse.

Ces phénomènes s'expliquent d'ailleurs tout naturellement en examinant les conditions anatomo-physiologiques de cette région aux différents stades du gravidisme.

Nous savons que l'ombilic se trouve au milieu de l'espace distendu que forme la ligne blanche. Cet orifice fibreux à trajet direct vers l'extérieur est obturé en dehors par une boule graisseuse et la peau, et tapissé en dedans par le péritoine qui, chez de nombreux sujets, est renforcé par le fascia umbilicalis, lame fibreuse que l'on considère comme un épaississement du fascia transversalis à ce niveau. C'est un des points les plus faibles de la cavité abdominale.

Au début de la grossesse, la dépression ombilicale paraît s'enfoncer ; mais dès que l'utérus s'élève, l'ombilic reprend sa forme ancienne. Au quatrième mois, il s'élargit, le bourrelet cutané s'abaisse, la fossette se nivelle et disparaît vers le septième mois. Au neuvième mois, une saillie remplace la dépression.

L'anneau s'est élargi de plus en plus ; le fascia umbilicalis est entraîné par l'écartement des muscles droits auxquels il adhère et devient à peine reconnaissable. Le

péritoine adhérent se laisse distendre et s'amincit considérablement. Tout est préparé pour le passage des viscères.

Alors comment se fait-il que les hernies ombilicales soient rares au cours de la grossesse ?

L'utérus en s'élevant penche en avant, à cause de la lordose physiologique de la colonne vertébrale, en laissant libre en arrière, en haut et sur les côtés, des espaces ou vont se réfugier les organes mobiles de l'abdomen.

Avant le cinquième mois, l'utérus affleure l'ombilic et s'appuie sur son orifice, rendant impossible l'incursion d'une anse intestinale. En fait, on constate que les hernies ombilicales s'observent seulement dans les premiers mois de la grossesse.

Les symptômes des hernies ombilicales pendant la gestation diffèrent peu de ceux des hernies ordinaires de cette région. Néanmoins, les enveloppes sont encore plus amincies ; une peau mince et éraillée est tout ce qui sépare le sac et son contenu de l'extérieur.

Leurs dimensions sont très variables, pouvant aller du volume d'une noix à celui d'une tête d'enfant. Elles peuvent augmenter pendant le travail, sans toutefois le gêner en rien, il suffira de les contenir soit à l'aide d'un bandage, soit par la main d'un aide garnie d'une compresse.

La hernie ombilicale peut aussi présenter quelques complications au cours de la grossesse.

En raison de son voisinage avec l'estomac, elle peut donner lieu à des troubles gastriques consistant en : gastralgie, vomissements, dyspepsie, accidents peu graves qu'une bonne contention fait disparaître.

Elle peut être irréductible. En fait, l'irréductibilité simple et sans accidents ni phénomènes généraux graves

est une complication assez fréquente de la hernie ombilicale chez les femmes enceintes.

Elle s'observe surtout quand on a affaire à des hernies anciennes et volumineuses renfermant de l'épiploon adhérent. Elle est caractérisée par ce fait que la réduction des viscères herniés se fait en partie seulement, et que si on l'obtient elle ne peut être maintenue.

Parmi les hernies irréductibles observées au cours de la grossesse, elle se taille une large part, — sur 41 cas de hernies ombilicales observées par de Rycker, on en trouve 10 irréductibles. Nous savons que cette variété est une de celles qui, le plus souvent, ont perdu droit au domicile intra-abdominal. Plus elle est grosse, plus il y a de motifs pour qu'elle soit irréductible. De plus, chez la femme enceinte, cette lésion est favorisée par la présence de l'utérus gravide et l'augmentation de la pression intra-abdominale qui pousse l'épiploon dans le sac avant l'intestin ; il peut s'y enflammer et s'y créer des adhérences, d'où irréductibilité.

Alors, si l'intestin veut se réduire, il est retenu, tire sur l'estomac et le ligament gastrocolique, d'où douleurs sourdes continues, nausées, vomissements, coliques. D'autres fois, le côlon transverse tiraillé sera cause de constipation opiniâtre, qui peut encore être le résultat d'une compression des anses grêles, si on a une entéro-épiplocèle.

Ces phénomènes peuvent s'exagérer au point de nécessiter une intervention qui sera motivée par la douleur exagérée ou par l'étranglement.

A quelle époque de la grossesse se produira cet étranglement ?

Si nous prenons les chiffres de Rycker, nous obtenons le tableau suivant :

Mois de grossesse. .	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hernies ombilicales étranglées	0	0	0	2	1	1	1	1	4

Fischer, d'autre part, trouve sur 6 cas : 2 au troisième mois, 2 au cinquième mois et 2 au sixième mois.

De ces données nous concluerons que l'étranglement se produit dans la seconde moitié de la grossesse pour les hernies ombilicales. L'ascension utérine, sa pression sur l'ombilic à cette époque nous la faisait déjà pressentir.

Comme pour les variétés précédentes, nous devrons envisager la question au point de vue de la mère et de l'enfant, c'est-à-dire de la marche de la grossesse.

Un tableau de Rycker donne 15 hernies ombilicales étranglées, 11 guérisons, 6 avortements ; mais on ne peut en tenir compte car, dans cette statistique, plusieurs des cas cités doivent être considérés comme en dehors de la question.

Sencert en a fait une étude détaillée et en a retenu dix cas, auxquels il a ajouté un cas personnel.

Parmi ces 11 cas, 4 se sont terminés par la mort de la mère et de l'enfant (cas de Berthod, Lange, Scanzoni, Rochelt), les 7 autres ont été suivis de la guérison de la mère, mais avec deux avortements (cas de Giusini et Cotherille) ; la mortalité serait donc de 36,36 o/o pour la mère et de 54,54 o/o pour l'enfant.

La kélotomie ombilicale chez la femme enceinte est-elle donc si grave que ces chiffres semblent l'indiquer ? Un examen plus approfondi nous montre que, sur ces 11 cas, la kélotomie a été pratiquée 9 fois, avec 2 morts et 7 guérisons. La cause de ces deux morts fut pour l'une la péritonite, pour l'autre une hémorragie post abortum.

Nous dirons donc que la mortalité générale est de 36,36 o/o chez la femme enceinte ; qu'elle tombe à 22 o/o pour les malades opérées, et que la moitié seulement peut être imputée à l'opération, soit 11 o/o.

Pour l'enfant, la mortalité générale de 51,54 o/o tombe à 44,44 o/o.

Ces observations, dont quelques-unes sont anciennes, nous permettront d'affirmer que, vu les résultats de jour en jour meilleurs des opérations abdominales, il y a lieu d'espérer un abaissement de la mortalité maternelle.

Celle de l'enfant est moins sous notre dépendance, car elle est soumise à divers facteurs (irritabilité spéciale de l'utérus, état antérieur à la grossesse).

Il nous faudra donc intervenir ; mais il nous appartient aussi de fixer les indications de l'opération pour en diminuer le plus possible la gravité.

« Nous sommes loin, disait Jules Boekel, en 1894, de l'époque où la kélotomie, appliquée à la cure radicale de la hernie ombilicale étranglée, était considérée comme un « noli me tangere ». Sous le couvert de l'asepsie et de l'antisepsie moderne, l'intervention sanglante est de plus en plus la règle.

Quelles sont les indications opératoires dans le cas de hernie ombilicale compliquant la grossesse.

« Toute hernie, disait Trélat, qui n'est pas facilement, constamment et complètement retenue par un bandage, doit être opérée. » Cette formule est en particulier vraie pour la hernie ombilicale, qui, non maintenue, expose la femme à une foule d'accidents locaux ou généraux qui peuvent obliger à l'opération dans de mauvaises conditions.

Les accidents locaux sont :

1° L'étranglement ; 2° l'inflammation du sac herniaire ;

3° l'accroissement continuel de la hernie et l'irréductibilité définitive.

Les accidents généraux sont: la douleur et les troubles gastriques.

Toutes ces indications sont communes à l'état normal et à l'état de gravité, avec, pour cette dernière, une plus grande fréquence de l'accroissement rapide de la tumeur et de la difficulté de contention d'une hernie même réductible, vu l'impossibilité d'appliquer un pareil bandage sur l'utérus gravide. Müller et Fischer ajoutent à ces causes le redoublement des dangers de l'étranglement pendant le travail.

Est-ce à dire que nous devons toujours intervenir en présence d'une hernie ombilicale pendant la grossesse ?

Nous agirons différemment selon que l'on constatera cette lésion dans la première ou la seconde moitié de la grossesse.

Dans la première moitié, nous sommes d'avis que l'opération radicale s'impose pour toute hernie ombilicale constatée.

Dans la seconde moitié, au contraire, nous garderons l'expectative, car il ne faut pas oublier qu'à cette époque de la grossesse, l'utérus forme une tumeur volumineuse que l'on sera obligé de mobiliser, et qu'alors l'avortement ou l'accouchement prématuré peuvent en résulter.

Il va sans dire que, pour la hernie ombilicale étranglée, nous interviendrons toujours rapidement à n'importe quelle stade de la grossesse.

Quant aux hernies ventrales, nous n'en avons pas parlé à dessein ; leur mode de formation, leur évolution, leur traitement sont semblables à ceux des hernies ombilicales.

HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

Elles sont formées par le passage des viscères du ventre dans la poitrine à travers le diaphragme. On les classe en 3 catégories : hernies congénitale, traumatique et graduelle.

Nous n'avons guère à nous occuper de la variété congénitale, qui ne permet généralement pas la survie de l'enfant. Elle se comporterait d'ailleurs comme une hernie graduelle.

Quant à la hernie traumatique, elle succède à une plaie ou une rupture du diaphragme entraînant presque toujours la mort immédiate. Dans ce cas, les viscères herniés ne sont pas entourés par un sac. Si par hasard la plaie diaphragmatique guérit, nous pourrons assister à la formation d'une hernie diaphragmatique graduelle.

Ce sont des hernies qui se produisent soit à la suite d'une petite éraillure du diaphragme, soit par une fente congénitale au niveau de l'appendice xyphoïde en avant, ou bien, en arrière, au-dessus de la rate. Ces hernies sont pourvues d'un sac qui pourra contenir les organes les plus divers. Lorsque la hernie a duré un certain temps, il y a des adhérences anormales, des viscères entre eux ou des viscères avec le diaphragme. Le diaphragme est aminci par places.

Elle est heureusement peu fréquente, et ne possède pas de symptomatologie spéciale ; nous dirons seulement que les signes de suffocation unis à ceux de l'étranglement interne et d'une pleuro-pneumonie devraient éveiller l'attention. Pourtant, ce diagnostic difficile n'est

pas impossible. On peut reconnaître qu'il y a une hernie diaphragmatique graduelle quand il y a, dans les antécédents du malade, un traumatisme capable de causer une plaie du diaphragme, et que, d'autre part, on ne trouve chez lui aucun antécédent du côté du poumon ou de l'estomac qui puisse être rapproché des signes de hernie diaphragmatique.

Si à cela s'ajoute une dyspnée surtout marquée dans la position couchée, un soulagement assez accentué après l'ingestion des aliments, on pourra peut-être poser le diagnostic.

Un malade atteint de cette sorte sera constamment en danger de mort, car toutes les causes pouvant augmenter la tension abdominale seront susceptibles de rompre le sac et de permettre le passage des viscères.

Nous comprenons maintenant que la grossesse puisse agir puissamment dans ce cas, et l'analyse par le professeur Guérin-Valmale d'une observation recueillie par son interne, M. Escande, va nouspermettre d'en étudier l'action.

Observation IV

Hernie diaphragmatique au cours de la grossesse
(Observation de M. Guérin-Valmale)

Le dimanche 5 novembre dernier, entre dans mon service de la clinique obstétricale de Marseille, une femme de 21 ans, enceinte de 8 mois. C'est une primipare, de constitution robuste ; son utérus remonte à 31 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Le fœtus tend à s'engager en O I G A, les bruits du cœur fœtal s'entendent bien, à gauche et au dessous de l'ombilic. La femme avait fort bien supporté jusqu'alors sa gros-

sesse ; mais, depuis la veille, elle vomit fréquemment et se plaint de céphalée et d'épigastralgie.

Elle raconte qu'ayant vu vendredi soir une personne renversée à ses côtés par une charrette, elle fut violemment émotionnée. Samedi matin, elle a vomi tout ce qu'elle a pris ; à midi, elle a mangé des champignons (assez gloutonnement d'ailleurs), les vomissements ont continué. Dimanche matin, les matières rejetées contenaient un peu de sang.

A son entrée dans le service, l'état général n'est pas mauvais ; le pouls est normal, la température est de 37°6, l'analyse des urines décèle des traces d'albumine. Un lavement évacue une grande quantité de matières fécales.

Le lundi 6, au matin, les vomissements ont persisté ; c'est un liquide aqueux, renfermant du mucus et des détritus noirâtres. Ces vomissements ne sont ni bilieux, ni fécaloïdes. La réaction de Weber est positive, nous admettons donc qu'il s'agit de sang décomposé par le suc gastrique, et nous admettons l'hypothèse d'ulcus simple de l'estomac.

La température est de 36°6, le pouls est un peu plus rapide que la veille, la malade se plaint toujours de sa douleur épigastrique et présente une dyspnée assez accentuée.

A l'examen de la poitrine, nous sommes frappés par la présence des signes classiques de pneumothorax au niveau de la zone moyenne du poumon gauche, sonorité, souffle amphorique, tintement métallique.

La malade nous dit alors qu'elle a reçu, il y a un an et demi, une balle de revolver dans la poitrine et montre la cicatrice d'entrée à deux ou trois travers de doigt au-dessous du mamelon gauche. Elle avait fait à ce moment (juin-juillet 1910) un séjour d'un mois à l'hôpital, et on

lui a extrait la balle dans la région dorsale, près du rachis, par une simple incision cutanée. Depuis lors, elle souffre parfois d'un point de côté gauche.

Malgré ces renseignements, il est assez difficile de voir très nettement quelle corrélation peut exister entre l'histoire ancienne et l'état actuel de la malade.

Lundi soir, malgré l'absence de fièvre, le pouls est à 96, les vomissements continuent, la douleur épigastrique et la dyspnée augmentent. Cependant, l'état général de la malade n'est pas très alarmant, le ventre n'est sensible qu'à l'épigastre, le facies n'est pas grippé. Dans la nuit, la douleur est assez vive pour nécessiter une piqûre de morphine.

Mardi matin, brusquement, la malade se sent très mal; on appelle l'interne de service qui ne peut que constater le décès de la femme. Les bruits du cœur fœtal ont aussi disparu.

Le lendemain matin, sous la direction de mon éminent collègue le docteur Alezais, nous avons fait l'autopsie.

A l'ouverture de la cage thoracique, la cavité pleurale gauche paraît remplie d'une formation graisseuse singulière, presque entièrement teintée d'un liquide noirâtre et sale, on dirait une étoffe traînée dans la boue, c'est le grand épiploon qui remonte jusqu'à la clavicule.

En le soulevant, on aperçoit une masse gonflée de gaz; c'est l'estomac, très dilaté, basculé en haut et en dedans, qui remplit presque toute la cavité pleurale et vient en contact avec la première côte.

En bas et en dehors, il est accompagné des côlons transverse et descendant.

Quant au poumon gauche, c'est une petite masse qui n'atteint guère plus de volume que le poing. Il est rétracté, refoulé dans le haut du thorax et en arrière et présente

à l'œil deux régions distinctes: la moitié supérieure est rouge; la moitié inférieure bleu noir est plus laminée et son bord inférieur est attaché à la voûte diaphragmatique par deux brides adhérentielles lâches, longues d'une quinzaine de centimètres, dont l'une est presque filiforme et l'autre, en ruban, mesure environ deux centimètres de large. L'organe est complètement atélectasié ; à la coupe, il est compact et le moindre fragment plonge au fond d'un verre d'eau lourdement. Le cœur est refoulé sur la ligne médiane du corps, et nous signalerons, en passant, une curieuse disposition qu'il présentait. La cloison auriculo-ventriculaire offrait un large trou de Botal dont les dimensions excédaient celles d'une pièce de un franc. Cet orifice était très incomplètement obstrué par une large membrane dont un bord était flottant et libre ; et cette membrane elle-même était comme réticulée et fenêtrée de plusieurs orifices ovalaires de quelques millimètres dans les deux sens.

Le poumon droit présentait quelques signes de pneumonie récente. Si nous examinons avec plus de détail les organes trouvés dans la plèvre gauche, nous y voyons l'estomac, le grand épiploon et une grande partie des côlons transverse et descendant, le tout baigné par le liquide boueux dont nous avons parlé et qui répand une odeur peu agréable.

Ces organes sont passés de l'abdomen dans la plèvre au travers du diaphragme par un orifice anormal, trans-diaphragmatique. Vu de près, l'estomac paraît volumineux et distendu, il est presque en entier au-dessus du diaphragme ; ses extrémités seules sont insérées dans l'orifice de passage. L'organe ouvert laisse écouler ce même liquide noirâtre, glaireux, qui se voit dans la plèvre. Il contient encore deux ou trois gros morceaux de cham-

pignons. La muqueuse est sale et revêtue d'une très épaisse couche de mucus visqueux et adhérent. Elle est criblée de petites hémorragies punctiformes et présente, au niveau de sa grande courbure, l'orifice d'une petite perforation gastrique, simple perte de substance, sans surélévation des bords, et qui paraît due à l'auto-digestion d'un petit foyer hémorragique comme le montrent deux autres petites lésions lenticulaires analogues en éminence de rupture. Par cette perforation, l'estomac a vidé dans la plèvre une partie de son contenu : liquides et gaz.

L'orifice anormal diaphragmatique est situé à gauche. L'organe étant étendu en voûte, cet orifice est de forme ovalaire et mesure 6 centimètres de large sur 7 centimètres de long, dans le sens antéro-postérieur.

Le diaphragme étant au repos, après ablation des organes voisins, l'orifice devient une sorte de fente antéro-postérieure, siégeant à peu près entre la foliole gauche du centre phrénique et les faisceaux musculaires gauches. Elle se dirige en avant vers la cicatrice ronde que présente la paroi pectorale dans le sixième espace intercostal, ancien orifice d'entrée de la balle, aujourd'hui bouché par un peloton graisseux.

Le trou fait au diaphragme laisse passer dans la plèvre une émanation en forme de manchon. C'est une sorte de sac herniaire des dimensions du poing, qui s'est rupturé irrégulièrement à sa partie supérieure.

Dans l'abdomen, l'utérus gravide remonte à plus de quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, refoulant en haut, en arrière et à gauche, toute la masse intestinale. Dans cette région, les organes sont tassés contre le diaphragme près de sa partie rupturée. La rate porte elle-même la trace d'une ancienne et large blessure à son bord supérieur, où existe aujourd'hui une cicatrice fibreuse,

radiée, déprimée, de plusieurs centimètres de large. Par ce point, elle adhère au bord de l'orifice transdiaphagmatique, en un magma cicatriciel.

Les deux reins présentaient des signes indiscutables de néphrite aiguë et les capsules surrénales paraissaient fortement hypertrophiées.

L'utérus, incisé sur la ligne médiane, nous montre le fœtus en présentation du sommet en O I G A amorcée dans le détroit supérieur. La minceur du segment inférieur de l'organe (3 à 4 $^{m}/_{m}$) contrastait avec l'épaisseur des autres régions (8 à 10 $^{m}/_{m}$). Le développement paraissait normal, tant pour le fœtus que pour ses annexes. Le placenta était inséré en entier sur la face antérieure, près du fond, et l'incision le sectionna nettement en son milieu.

Avant qu'on ouvrit l'utérus, mais 24 heures après la mort cependant, mon ancien interne, M. Vayssière, préleva une centaine de grammes de liquide amniotique. Il le mit à l'étuve et l'observa soigneusement dans l'important laboratoire privé de bactériologie de mon ancien interne, le docteur Sénès, mais ce liquide ne donna lieu à aucune prolifération microbienne, il était resté stérile.

Telle fut la curieuse histoire que je désirais vous rapporter.

Trou de Botal persistant chez une adulte sans aucun accident apparent, segment inférieur très nettement différencié à 8 mois de grossesse, liquide amniotique stérile 24 heures après la mort sont déjà trois points assez intéressants pour être relevés ; mais ce qui mérite de nous arrêter un instant, c'est l'évolution des accidents herniaires qui causèrent le décès de cette malheureuse femme.

A mon avis, les accidents se produisirent en plusieurs temps, et je crois que l'étude de l'observation de pièces anatomiques permet de se faire une opinion assez précise

sur leur successive apparition. Dans un premier temps, la femme reçut un coup de revolver, il y a 18 mois environ. La balle, entrée dans le sixième espace intercostal sous le sein gauche, traversa le bord antéro-inférieur de la cavité pleurale, atteignit le dôme diaphragmatique et déchira, d'avant en arrière, celui-ci sur une certaine longueur, près de la foliole gauche, puis atteignit le bord supérieur de la rate, et pénétrant dans les masses lombaires, vint saillir sous la peau, d'où elle fut extraite. Par le repos, la chance aidant, les lésions se cicatrisèrent à peu près, laissant les adhérences multiples que nous avons trouvées. Il faut admettre que le diaphragme se restaura mal, mais que le péritoine de sa face inférieure se referma parfaitement.

Dans un second temps, sous la poussée intestinale, le péritoine s'insinue dans la fente diaphragmatique et constitue le sac de la hernie, qui fait saillie dans la plèvre, et que le manchon péritonéal restant nous fait évaluer au volume du poing.

Dans un troisième temps, sous un effort quelconque, ou toute autre cause augmentant la tension abdominale, le sac herniaire se rompt, et l'estomac, l'épiploon, le côlon se précipitent dans la plèvre qu'ils emplissent.

Enfin, dans un dernier temps, l'estomac hernié contourné, tiraillé, fait de multiples mais minuscules foyers d'hémorragie ; l'un d'eux par auto-digestion se perfore, et l'outre gastrique vide une partie de son contenu dans la plèvre, entraînant ainsi la mort rapide de la patiente.

Le rôle de la grossesse, dans toute cette histoire, n'apparaît pas nettement à première vue, mais il ressort, au contraire, de première importance, si l'on l'on songe aux modifications qu'imprime à la statique abdominale le développement de l'utérus gravide.

Par son évolution progressive, celui-ci a augmenté peu à peu la tension abdominale ; peut être a-t-il ainsi posé ou, tout au moins, aidé la formation de la première hernie diaphragmatique. Puis, la tension augmentant toujours, on était près de la limite de rupture, lorsque la violente émotion ressentie par la femme le vendredi, et surtout les cris qu'elle dût pousser alors, déterminèrent l'irruption des organes en masse dans la plèvre gauche. L'utérus dans son développement poussait d'autant plus à la hernie que l'orifice diaphragmatique était à gauche et que c'est dans cette région que la grossesse comprimait la masse gastro-intestinale. Il y a fort à parier que si le même orifice diaphragmatique eût été du côté droit, aucun accident ne se fût produit. Le foie eût protégé la fissure, et les organes fluents de l'abdomen n'y étant pas poussés, la hernie ne se fût pas produite. J'ajouterai encore que le diagnostic de pareil accident ne pouvait être fait. La gravité des lésions contrastait étrangement avec la conservation relative d'un assez bon état général ; les vomissements apyrétiques et sans symptômes péritonitiques paraissaient d'ordre obstétrical. Seuls les symptômes pneumothorax attiraient l'attention vers le côté gauche de la poitrine ; mais il était bien difficile d'en deviner la cause et d'en prévoir le brusque dénouement. C'est, en somme, un de ces cas étranges qui peuvent prendre place dans la longue série des curiosités pathologiques, souvent surprises d'autopsie.

Nous croyons utile de citer un travail de Keim se rapprochant du précédent.

Observation V

Hernie diaphragmatique congénitale, avec issue d'une partie de l'estomac et de l'intestin dans la plèvre gauche chez une primipare; dyspnée, hématémèses, mort. (Collab. MM. Rosenthal et Huguier), *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, mai 1898.)

La coïncidence de la hernie diaphragmatique et de la grossesse, en dehors du traumatisme, n'avait pas été signalée. Il était donc intéressant de rapporter cette observation pour expliquer la mort rapide chez une femme enceinte.

Ce que l'on décrit en effet ordinairement, c'est la hernie congénitale chez l'enfant, chez le nouveau-né surtout, avec mort plus ou moins rapprochée de la naissance. La hernie congénitale chez l'adulte est rare; les seuls faits de hernie diaphragmatique pendant la grossesse relèvent tous d'un traumatisme.

Notre observation se rapporte à une femme âgée de 22 ans, primipare, sans antécédents pathologiques, en dehors de vomissements alimentaires à l'âge de 14 ans. La veille de son entrée à l'hôpital, elle fut prise de nausées et de douleurs violentes dans l'hypocondre gauche. A son arrivée, elle paraît oppressée, elle a des vomissements muqueux, verdâtres. D'après les signes physiques thoraciques, nous avions porté le diagnostic de pneumothorax généralisé.

La grossesse était de 4 mois environ; aucune menace d'avortement. La malade meurt le lendemain soir, après avoir eu des vomissements très acides, noirs, donnant la réaction du sang; depuis la veille, elle n'avait rendu ni matières ni gaz.

L'autopsie nous montra, au niveau du diaphragme, à

gauche de l'orifice œsophagien, un orifice anormal par lequel avaient pénétré dans le thorax une partie de l'estomac, tout l'intestin grêle ; le côlon descendant sortait par l'orifice anormal pour gagner directement le bassin. Le pancréas était contenu en partie dans l'orifice diaphragmatique. Dans la cavité pleurale gauche se trouvait un sac péritonéal, comprenant tous les viscères herniés, sauf une partie du côlon. Le poumon gauche était atrophié, rudimentaire, collé contre la partie supérieure de la colonne thoracique, la partie inférieure seule est rosée, emphysémateuse ; elle seule surnage dans l'eau. Le poumon pèse 85 grammes.

L'origine congénitale de la malformation était encore prouvée, dans cette observation, par des sillons anormaux que présentait le foie, par la petitesse de la rate qui pesait 85 grammes, la lobulation anormale d'un rein.

La mort était due, à la fois, à un étranglement au niveau de l'orifice du sac péritonéal thoracique, ainsi que le prouvait la dilatation du duodénum et de l'estomac, à l'affaiblissement général à la suite d'hématémèses répétées, enfin à la pression exercée sur la poche stomacale dilatée par l'utérus gravide, pression agissant mécaniquement par obstruction digestive et compression respiratoire.

C'est ainsi que la grossesse influença la marche de la hernie diaphragmatique, produisant l'obstruction et l'occlusion directe, provoquant par cela même la constipation, la coprostase jusque dans l'estomac, qui est sur un plan déclive, coprostase ayant pu s'accompagner d'ulcération légère de la paroi des vaisseaux, se traduisant par des hématémèses.

Nous avons fait ressortir la destinée différente des

hernies selon leur siège pendant la grossesse. Les hernies externes, inférieures, la hernie crurale, l'inguinale, plus rarement l'obturatrice, s'améliorent, guérissent souvent pendant l'ascension de l'utérus, véritable tampon pour le paquet intestino-épiploïque. Au contraire, les hernies supérieures, la hernie ombilicale, et surtout les hernies internes, les diaphragmatiques sont fâcheusement atteintes par l'utérus gravide qui refoule l'intestin, l'étrangle aux orifices herniaires ou produit de la gêne respiratoire, aggravée ou non par un reflexe syncopal mortel.

Si nous comparons les deux observations que nous venons de citer, nous sommes frappé par leurs nombreux points de ressemblance :

1° Mort rapide de la femme ;
2° Vomissements contenant du sang ;
3° Dyspnée ;
4° Signes de pneumothorax ;
5° Douleurs épigastralgiques ou abdominales.

Nous avons déjà dit quelles difficultés rencontre le diagnostic de cette lésion. Ces quelques signes, se reproduisant si fidèlement dans deux cas différents, nous seront donc de quelque utilité pour éclairer la symptomatologie de cette lésion si grave, sur laquelle nous n'avons guère prise.

HERNIES PRÉ ET RÉTRO-VAGINALES

Pour bien comprendre leur mode de formation, nous allons poser les bases anatomiques sur lesquelles elles reposent. L'utérus est suspendu par sa région cervicale sur laquelle viennent s'insérer, pendant première à

deuxième de hauteur, les expansions de l'aponévrose pelvienne supérieure. Mais, au lieu de se faire sur tout le pourtour, ces insertions se font sur deux demi-circonférences à droite et à gauche, laissant entre elles un léger espace, tant en avant qu'en arrière. A ce sujet, nous citerons l'opinion suivante de Rieffel : « De la portion néo-vaginale du col, de la partie voisine du vagin et des bords latéraux du corps utérin naissent des expansions celluleuses, élastiques et musculaires, représentant dans leur ensemble une membrane, ici toile d'araignée, là feutrage épais, qui se porte de toutes parts vers le détroit supérieur pour prendre les insertions à l'aponévrose pelvienne. »

Cette membrane, « soutien viscères de Petit », est puissamment renforcée en certains points. Autour du col et du vagin, elle se condense en une masse de laquelle partent : en avant, des fibres allant au pubis, à la vessie, au vagin, et, en arrière, des fibres utéro-vagino sacrées que l'on a isolées en ligaments ou aponévroses dont deux antérieurs et deux postérieurs. Les points faibles que laisse cet appareil de suspension utérine sont faciles à voir ; ils sont au nombre de deux : l'un en avant de l'utérus, entre les deux ligaments vésico-utérins ; l'autre en arrière, entre les deux ligaments utéro-sacrés. Ce seront là les deux points par où passeront les hernies.

Mais il nous reste à étudier quels sont les moyens de contention du vagin et comment ils permettront à ces hernies d'élire domicile en avant et en arrière de ce canal.

Pierre Delbet nous dit : « Les deux organes utérus et vagin sont associés et les mêmes agents fixent l'un et l'autre. »

En arrière du vagin, il existe un espace triangulaire, à base postéro-inférieure, à moment utérin, où il n'existe

entre sa paroi et le péritoine que le tissu cellulaire lâche sous-péritonéal. De même, en avant, entre les ligaments vésico-utérins, le cul-de-sac antérieur du vagin est en rapport immédiat avec le tissu cellulaire pré-utérin et le tissu cellulaire pré-vésical, dépendant l'un et l'autre du tissu cellulaire péritonéal.

Donc, le point faible antérieur correspond au cul-de-sac péritonéal qui sépare la vessie de l'utérus, et le postérieur au péritoine du Douglas et le cul-de-sac postérieur du vagin.

Les hernies rétro-utérines ont un sac purement péritonéal, les pré-utérines seront plutôt parapéritonéales.

La grossesse favorise-t-elle la production de ces hernies ?

Indépendamment de son action générale, déjà étudiée, sur les tissus et les orifices, nous constatons que la disposition que nous venons de décrire est très difficile à montrer chez une nullipare, et le toucher ne nous donne à cet égard aucune indication, surtout pour la partie antérieure ; la partie postérieure, au contraire, pouvant être explorée plus utilement. Si nous examinons, au contraire, une femme qui vient d'accoucher, cette disposition susdécrite se perçoit nettement au toucher et persiste pendant la durée de l'involution. Nous comprenons cela facilement, car nous savons à quels tiraillements est soumis le diaphragme pelvien au moment de l'accouchement.

Nous aurons donc à étudier deux sortes de hernies : la hernie pré-vaginale et la hernie rétro-vaginale. Voici, selon Viollet, les signes et le mode de formation de cette hernie pré-vaginale :

« Il s'agit d'une femme ayant été déchirée au moment d'un accouchement récent, et qui se plaint de pesanteur

dans le bas-ventre, dans la station debout, et de phénomènes vésicaux. Il faut toucher la femme au péritoine debout, et on constate l'abaissement de la paroi vaginale antérieure dans sa partie moyenne et supérieure. L'utérus est en bonne position. » C'est la forme la plus fréquente.

Pour la variété postérieure, d'ailleurs bien plus rare, les cas observés se rapportent tous à des femmes ayant eu des déchirures périnéales assez fortes. La hernie se fait soit au niveau du col du cul-de-sac postérieur et du péritoine du Douglas, soit sur la paroi du péritoine en rapport avec la paroi antérieure du rectum. L'utérus est resté en position normale.

Mais il faut noter, dans ce cas, la conformation spéciale du squelette qui présentait une lordose lombaire très developpée, l'axe du bassin regardant en arrière et la symphyse se rapprochant de l'horizontale.

Cela nous permettra de conclure :

Chez une femme normale, l'écoulement du périnée met à découvert le point faible pré-utérin.

2° La hernie rétro-utérine correspond à une déchirure périnéale qui n'a rien de spécial, mais qui, de par la forme du bassin, met à découvert le point faible postérieur.

Ce genre de hernie est rare : elle s'observe surtout chez les multipares et peut contenir intestins, épiploon et vessie.

Pendant la grossesse, elle ne donne que rarement lieu à des complications graves. On a pourtant cité des cas d'étranglement. En effet, pendant la grossesse, le peu d'épaisseur et la faiblesse de la paroi du vagin, la largeur du pédicule de la hernie rendent à peu près impossible l'étranglement.

Cependant, quand elle est très volumineuse, elle comprime le rectum et la vessie, et on a pu observer de la

constipation, de la dysurie, parfois même de la cystite. On a même signalé un cas de rupture herniaire à 7 mois; il y eut issue d'une anse intestinale, et, malgré sa réduction et un tamponnement antiseptique du vagin, la femme succomba au bout de 3 jours avec des phénomènes d'obstruction et de péritonite. L'existence d'une pareille hernie doit surtout réclamer toute notre attention au moment de l'accouchement.

Le danger qu'elle peut faire courir naît moins de l'empêchement mécanique que la tumeur oppose à la descente du fœtus, que de la compression qu'ont à subir les parties contenues dans le sac herniaire, cause d'étranglement ou de sphacèle.

Il importe donc que le diagnostic soit fait avant tout engagement; car la seule chose que l'on puisse faire quand on se trouve en présence d'une femme en travail atteinte de hernie vaginale, c'est la réduction de cette dernière, qu'il faut maintenir réduite jusqu'à ce que la partie fœtale soit assez engagée dans l'excavation pour l'empêcher de se reproduire.

On fera mettre la femme en position génu-pectorale, et le taxis sera pratiqué avec douceur à l'aide de la main introduite dans le vagin et dans l'intervalle des contractions. On fera au besoin l'anesthésie au chloroforme.

Enfin, si la réduction était impossible, il y aurait indication à terminer rapidement l'accouchement pour ne pas prolonger la compression de la tumeur herniaire.

HERNIES VAGINO-LABIALES

Cette hernie est une variété se rattachant aux deux précédentes, mais elle est encore moins fréquente. C'est une

hernie postérieure de la grande lèvre qui se fait au travers des interstices du muscle releveur de l'anus ou entre ce dernier et l'ischio-coccygien, la pression abdominale refoulant par cette voie une hernie vaginale du cul-de-sac de Douglas anormalement développée.

Comme pour les variétés pré et rétro-vaginales, il faut réduire par le vagin, la femme étant en position génu-pectorale. Si on échouait, il faudrait, ainsi que le conseille Spiegelberg, introduire deux doigts dans le rectum, et, s'aidant de l'autre main, soit par le vagin, soit au travers de la paroi abdominale, repousser la hernie en haut sur un des côtés du promontoire.

HERNIES DE L'UTÉRUS

Nous laisserons de côté l'écartement des muscles droits pouvant permettre la bascule en avant de l'utérus, pour examiner seulement les cas où l'utérus sort de la cavité abdominale par un anneau normal.

A première vue, il semble impossible que l'utérus, si solidement maintenu, puisse effectuer un semblable déplacement.

Plusieurs observations prouvent la possibilité de cette migration et nous en donnent en partie l'explication.

Tout d'abord, nous dirons que la hernie de l'utérus peut exister à tous les âges de la vie, aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors d'elle ; dans ce dernier cas, cette malformation est généralement d'origine congénitale. Chopart et Desault citent l'autopsie d'une femme de 50 ans dont l'utérus, presque en totalité, avec la trompe et l'ovaire étaient sortis par l'anneau inguinal gauche.

Lallemand a consigné l'observation d'une femme de 61 ans avec une hernie inguinale de même nature.

Mais l'orifice inguinal n'a pas le monopole de ce genre de hernie. Toutes les ouvertures ont donné passage à l'utérus. L'ombilic (Liotaud, Murreg), la grande échancrure sciatique (Kolb), le trou observateur (Kiwisch), le canal crural et même certains orifices de hernies ventrales.

L'utérus peut donc, à l'état de vacuité, sortir de l'abdomen.

Mais, le plus souvent, c'est dans un commencement de grossesse que la hernie s'est produite.

L'organe a plus de volume sans doute, mais le mouvement ascensionnel de l'utérus gravide le rapproche davantage des orifices, et les causes premières de hernie existant, son poids même vient favoriser son issue.

Remarquons cependant que, pour se produire, cette hernie nécessite des changements préalables dans les parties voisines. Dans presque toutes les observations que les auteure nous fournissent à ce sujet, nous voyons dans le même sac herniaire : ovaire trompe, utérus, épiploon. Il semble même que l'ovaire est le premier organe prolabé et qu'il entraîne à sa suite tous les organes. Son orifice de prédilection est l'orifice inguinal ; le sac herniaire est le plus souvent formé de la partie du péritoine qui est la plus rapprochée du ligament large, et si ce sac augmente, ce sera aux dépens de la doublure péritonéale de ce ligament. Alors, l'utérus, tiraillé, finira par être rapproché de l'orifice de la hernie et s'y engagera finalement.

Si on ajoute à cela l'action de la grossesse sur les orifices, la persistance du canal de Nück (pour l'orifice inguinal), la position de l'utérus gravide au-dessus de l'excava-

tion, nous nous expliquons fort bien la possibilité de cette sortie.

La hernie de l'utérus est rare, et si nous voulons nous faire une idée de sa fréquence quant au siège, nous voyons que sur les 21 cas d'Adams :

9 sont des hernies à siège inguinal ;
2 sont des hernies à siège crural ;
4 sont des hernies à siège ombilical ;
6 sont des hernies à siège ventral.

Contrairement à l'opinion de M^me^ Boivin, qui niait la possibilité d'une hernie gravide par l'orifice inguinal, nous voyons au contraire que c'est par cet anneau que l'issue de l'organe se fera le plus souvent.

Gravité. — Pronostic. — Traitement

Nous pourrons nous demander si un utérus hernié peut être fécondé ?

Nous répondrons par l'affirmative, car, outre les 21 cas de Adams, nous avons, pour le prouver, les cas de Michel Doring, Fabrice de Hilden et Kolb, dans lesquels la fécondation eut lieu et la grossesse évolua. Mais nous retiendrons que la fécondation sera gênée et se fera moins bien qu'à l'état normal.

Quels seront alors les signes qui nous permettront d'affirmer que l'utérus hernié est gravide ?

La hernie de l'utérus est généralement facile à reconnaître. Les commémoratifs et, en particulier, la suppression des règles ont déjà fait soupçonner l'existence d'une grossesse. La tumeur du pli de l'aine augmente d'une façon progressive, et on y constate les caractères que présente l'utérus pendant sa gravidité : contraction

utérine, mouvements actifs ou passifs du fœtus, ballottement de la tête, et ce qui prouve bien que c'est l'utérus, c'est qu'on réussit quelquefois à trouver à la surface de la tumeur l'ovaire et la trompe.

A l'auscultation, on a entendu le souffle utérin. Au toucher, on constate une déviation du col et un allongement du vagin. Par la combinaison du palper abdominal avec le toucher, on constate qu'on ne trouve dans l'abdomen aucune partie représentant le corps utérin, sauf dans le cas d'utérus bicorne.

Au fur et à mesure que la grossesse avance, la tumeur se développe et peut descendre sur la cuisse jusqu'au niveau du genou.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la grossesse n'évolue pas normalement; parfois, l'avortement survient spontanément, ou bien le fœtus succombe pendant la gestation.

D'ailleurs, tous les auteurs sont d'accord pour affirmer la gravité du pronostic si la grossesse est parvenue à une époque où le fœtus est viable. Dans quelques cas, l'enfant est né spontanément; dans d'autres cas, on a dû pratiquer l'opération césarienne, donnant assez souvent la survie de l'enfant et de la mère. Nous ne pouvons faire mieux que de citer rapidement les cas d'Adams :

1° Hystérocèle inguinale.

Cas I. — Opération césarienne, mort de la mère.

Cas II. — Hystérotomie, mère et enfant saufs.

Cas III. — Hystérotomie, enfant vivant, mère morte de faiblesse.

Cas IV. — Hystérotomie, enfant vécu 1 heure, mère vivante.

Cas V. — Hystérotomie, mère morte le même jour.

Cas VI. — Hernie inguinale gauche. La grossesse précédente s'était terminée au 3e mois. Il est probable qu'alors l'utérus était déjà hernié. Scanzoni injecta de l'eau chaude dans l'utérus. Mundé répéta cette injection deux heures plus tard. Au bout de 24 heures, l'œuf fut expulsé. La malade quitte la clinique le 11e jour.

Cas VII. — Expulsion spontanée de l'enfant. Trois semaines plus tard, la partie gauche de l'utérus et l'ovaire étaient encore dans le sac herniaire.

2° Hystérocèle crurale.

Cas VIII. — Hernie crurale gauche descendant jusqu'aux genoux. On ouvrit la tumeur et on en sortit un fœtus vivant. La mère mourut trois jours plus tard.

3° Hystérocèle ischiatique.

Cas IX. — L'auteur ne dit pas si, après la laparotomie, la mère mourut.

5° Hystérocèle ombilicale.

Cas X. — Travail à terme, normal, réduction pendant les douleurs.

Cas XI. — Bandage approprié. Travail court : enfant vivant.

Cas XII. — Réduction, délivrance aisée.

Cas XIII. — Hernie se produisant pendant le travail. Forceps. Réduction après la délivrance.

6° Hystérocèle ventrale.

Cas XIV. — Accouchement spontané.

Cas XV. — Délivrance spontanée.

Cas XVI. — Fœtus hydrocéphale. I.-L. Petit perfora le crâne. Extraction aisée, la malade se rétablit bientôt. (I.-L. Petit. Œuvres posthumes, III, page 264.)

Cas XVII. — Le ventre descendait jusqu'aux genoux.

Cas XVIII. — La malade avait eu dans les muscles droits un abcès qu'on lui avait ouvert. Elle devint enceinte. Accouchement normal.

Cas XIX. — Grossesse gémellaire. Après l'expulsion du premier enfant, Bell trouva une partie de l'utérus sortant à travers la ligne blanche. Délivrance normale.

Cas XX. — Grossesse de 6 mois. Rien sur l'accouchement.

Cas XXI. — Accouchement spontané, enfant mort pesant 2.250 gr.

En résumé, nous pouvons dresser le tableau suivant :

VARIÉTÉS DE HERNIES DE L'UTÉRUS		MÈRES		ENFANTS	
		Mortes	Sauvées	Morts	Sauvés
Inguinales . . .	9	4	5	1	8
Crurales	1	1			1
Ombilicales . . .	4				4
Ventrales	6		6	2	5

Sur les deux cas que comporte le tableau, nous constatons 5 fois la mort de la mère, dans le rapport de 1 à 4, et 3 fois la mort de l'enfant, dans le rapport de 1 à 7. En présence d'un résultat obtenu, quand la grossesse va à terme, il sera de notre devoir d'instituer une thérapeutique active et appropriée à chaque cas, en tenant compte de l'âge de la grossesse.

Dès que la hernie de l'utérus gravide est reconnue, on doit chercher à obtenir sa réduction. Les opérateurs ont en général échoué, soit parce qu'il y avait des adhérences de l'utérus et de ses annexes, aux parois du sac, soit à

cause du volume de la tumeur et de l'irréductibilité des parties fœtales.

Dans ce cas, quand la grossesse est peu avancée, l'avortement provoqué a été pratiqué avec succès par Scanzoni.

Il nous semble que c'est là une mauvaise pratique et nous croyons que la véritable intervention à faire, c'est la cure sanglante de cette hernie utérine, qui est alors susceptible de permettre une évolution normale de la grossesse.

Si, au contraire, nous ne voyons la femme que dans la seconde moitié de sa gestation, on pourra laisser aller les choses et, à terme, faire l'opération césarienne, car, nous l'avons vu, l'accouchement spontané est généralement impossible, surtout pour les variétés crurales et inguinales. Faut-il faire suivre la césarienne, ainsi que le recommande Spiegelberg, du débridement de l'anneau et de la réduction de l'utérus.

Nous pensons que cela serait dangereux à cause de la possibilité d'une hémorragie de la plaie utérine et du grand volume de ce corps utérin. Ce serait surtout augmenter beaucoup le shock opératoire.

Nous nous rangerons plutôt à l'opinion de Schultze, nous conseillant de pratiquer l'opération de Porro et de fixer le moignon dans la plaie abdominale. Une nouvelle grossesse remettant en question la vie de la femme serait ainsi rendue impossible.

Observation VI

(Guérin-Valmale.)

En 1905, j'eus l'occasion de voir dans mon cabinet, une jeune femme de 24 ans, couchée depuis cinq mois, qui se plaignait d'une descente de matrice se manifestant au moindre effort.

Sa grossesse, elle n'en avait jamais eu d'autres, avait été absolument normale; l'accouchement, un peu pénible, s'était passé assez correctement, dans un village, entre les mains d'une sage-femme qui n'avait rien signalé de remarquable. L'enfant était de beau volume et fut allaité par sa mère.

Peu à près ses couches, cette jeune femme, en se lavant, en marchant, en faisant un effort, sentait une grosseur apparaître à la vulve et se trouvait fort gênée par cette anomalie.

A l'examen, je trouvai une vulve normale et un périnée en assez bon état. L'utérus était en place et non abaissé, il ne présentait même pas une légère rétroversion. Le vagin paraissait normal à première vue, mais si l'on faisait pousser la femme, on voyait aussitôt apparaître à la vulve comme une sorte de petit ballon qui sous l'effort s'étendait, s'amincissait, devenait luisant et faisait saillie entre les lèvres comme un gros œuf de poule. Cette tumeur était emplie de gaz et peut-être d'un peu de liquide. Tendue, elle avait l'aspect d'un gros intestin gonflé, mais si la femme cessait tout effort, la tumeur se réduisait très facilement, la paroi se corruguait, s'épaississait, se plissait et, finalement, toute la masse se rédui-

sait par un orifice existant derrière le corps du pubis gauche, immédiatement à gauche de la colonne antérieure du vagin, à l'union de la face antérieure et du bord gauche de ce conduit. La hernie réduite, la paroi vaginale était plus mince et plissée à ce niveau, et l'on sentait au-dessus d'elle comme un pertuis dans lequel il était facile d'introduire la pulpe de l'index. Je conseillai à cette femme une intervention chirurgicale dès qu'elle aurait cessé d'allaiter, et ne la revis jamais plus.

CONCLUSIONS

I. 1° L'apparition des hernies chez la femme se fait surtout durant la période d'activité génitale.

2° Les hernies sont plus fréquentes chez les grandes multipares.

3° Les mères sont en plus forte proportion chez les porteuses de hernies doubles.

4° La grossesse et l'accouchement favorisent donc le développement des hernies.

II. 5° La grossesse et l'accouchement agissent :

a) En distendant les parois abdominales ;

b) En étirant, en ouvrant les orifices naturels ou pathologiques de ces parois ;

c) En augmentant la pression intra-abdominale ;

d) En modifiant les rapports ordinaires du contenu.

6° Les orifices situés dans les parties basses de l'abdomen sont dilatés, mais les organes mobiles intra abdominaux en sont généralement écartés par refoulement en haut et en arrière.

7° L'orifice ombilical, libre jusqu'au milieu de la grossesse, est ensuite tamponné par le corps utérin ascensionné.

8° Les orifices haut placés dans l'abdomen : diaphragmatiques ou de la paroi abdominale antéro-latérale, sont dilatés et les organes fluents sont pressés à leur contact.

III. 9° Les hernies inguinales sont plus fréquentes que les hernies crurales.

10° La grossesse favorise leur développement plus fréquent à gauche.

11° Elle exerce une action réductrice sur les hernies basses.

12° Les hernies sont rares au cours de la grossesse pour la raison précédente.

13° Il peut cependant en subsister pendant la gestation.

14° Malgré leur rareté, il peut s'en produire au cours de la grossesse.

15° Elles peuvent donner lieu à des accidents plus ou moins graves :

a) Simples troubles fonctionnels, douleurs dans la hernie, coliques ;

b) Irréductibilité simple, rare relativement ;

c) Etranglement dans certains cas très rares, se produisant généralement dans la première moitié de la grossesse, surtout à partir du troisième mois.

16° Les hernies crurales, bien plus souvent que les inguinales, sont le siège de ces manifestations.

17° La grossesse coïncidant avec un étranglement herniaire ne paraît pas augmenter beaucoup le danger de l'opération, qui, elle-même, n'a aucune influence fâcheuse sur le fœtus.

18° Les hernies ombilicales sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

19° Elles sont rares pendant la grossesse ;

20° Peuvent donner lieu à des accidents :

a) Gastralgie, vomissements, dyspepsie ;

b) Elles peuvent être irréductibles ;

c) L'étranglement peut se produire, généralement dans la seconde moitié de la grossesse.

21° Dans la première moitié de la grossesse, toute hernie ombilicale sera opérée, car l'opération est bénigne pour la mère et le fœtus.

22° Dans la seconde moitié, nous garderons l'expectative.

23° L'étranglement nécessite l'intervention immédiate

24° Les hernies ventrales et de la ligne blanche rentrent dans le cadre des hernies ombilicales.

25° Les hernies diaphragmatiques sont une rareté pathologique.

26° La grossesse exerce une influence néfaste sur leur évolution, qui se termine par la mort rapide de la mère et de l'enfant.

27° Les hernies pré et rétro-vaginales sont peu nombreuses.

28° La grossesse est incontestablement la cause principale de leur production.

29° La hernie pré-vaginale est celle que l'on rencontre le plus souvent.

30° Elles occasionnent, par leur présence au cours de l'accouchement, des accidents graves.

a) Constipation, dysurie, cystite.

b) Compression du contenu, d'où sphacèle.

31° Nous devrons donc toujours tenter la réduction de ces hernies et les maintenir réduites jusqu'à ce que la présentation soit engagée.

32° Si la réduction est impossible, il faudra terminer rapidement l'accouchement.

33° Les hernies vagino-labiales se rapprochent des précédentes et ont les mêmes indications au cours de l'accouchement.

34° L'utérus gravide peut faire issue à travers un orifice quelconque de la paroi abdominale.

35° Le plus souvent, c'est pendant un commencement de grossesse que la hernie s'est produite.

36° De tous les orifices, l'anneau inguinal est celui qui donne le plus souvent issue à l'utérus.

37° Un utérus hernié peut être fécondé

38° Le diagnostic en est facile (signes de grossesse), augmentation progressive de la tumeur dans laquelle on constate la présence du fœtus).

39° La grossesse peut évoluer normalement.

40° Parfois, l'avortement se produit spontanément.

41° Le pronostic est grave si le fœtus est viable.

42° Dans certains cas, l'accouchement a eu lieu spontanément.

43° Le plus souvent, il faut faire la césarienne.

44° Au début de la grossesse, il faut tenter la réduction.

45° Dans la seconde moitié, on laissera aller les choses, et, à terme, on fera la césarienne mutilatrice, opération de Porro.

BIBLIOGRAPHIE

Adams. — Hernie de l'utérus gravide. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Washington, séance du 2 novembre 1881.

Artley Cooper. — Traité des hernies de l'abdomen. Œuvres complètes. Traduction française de Chassaignac et Richelot. Paris, 1837.

Bué. — De l'intestin dans l'état puerpéral. Médecine moderne, Paris, 1898.

Berger. — Hernies. Traité de chirurgie de Duplay-Reclus. Tome IV, Paris, 1908.

— Hernies vaginales et vagino-labiales, Annales de Gynécologie. Paris, 1896, 653-667.

— Hernie inguinale chez la femme. Société de Chirurgie de Paris, 1892, 144.
Examen de 10.000 cas de hernies. Congrès de Chirurgie, 1895.

Cohnstein. — Opérations chirurgicales chez les femmes enceintes. Sammlung-Rhinscher Vortrage, n° 55, 59.

Dolinski. — Un cas de hernie diaphragmatique. Société d'Accouchement et de Gynécologie de St-Pétersbourg, 1897. Analyse in Annales de Gynécologie, Paris, 1898.

Donau. — Hernie et prolapsus du vagin. Société d'Obstétrique de Londres, 2 avril 1884. Analyse in Annales de Gynécologie, 1884, 457.

Fischer. — Hernies et herniotomies pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Deutsch. Medizinisch. Wochenschrift, 1898, 141.

Freda. — L'ernia crurale strozzata nella donna, 404-416, Giornale internazionale di Societa di Medicina di Napoli, 1909.

Gaulard. — Influence réciproque du traumatisme et de la grossesse.

Gaudier. — Hernie crurale étranglée pendant la grossesse. Revue de Chirurgie, Paris, 1894, 859-863.

Gross. — Hernie irréductible chez une femme enceinte de 5 mois. Kélotomie. Guérison. Nancy, 1904, *in* thèse de Vallon.

Keim. — Hernie diaphragmatique congénitale avec issue d'une partie de l'estomac et de l'intestin dans la plèvre gauche chez une primipare (Coll. MM. Rosenthal et Huguier). Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, mai 1898.

Komarowsky. — Thèse de Bâle, 1894.

Puech (A.). — Nouvelles recherches sur les hernies de l'ovaire. Annales de Gynécologie. Paris, 1878.

Perrichot. — Des hernies dans leurs rapports avec la grossesse. Thèse de Strasbourg, 1869.

Rycker (de). — Les hernies pendant la grossesse. Thèse de Lille, 1900.

Sencert. — Hernie ombilicale étranglée chez une femme enceinte de 6 mois. Omphalectomie, guérison

avec persistance de la grossesse. Revue médicale de l'Est. Nancy, 1904.

Scanzoni. — Traité d'accouchements. Paris, 1859.

Tarnier et Budin. — Dystocie maternelle. Paris, 1898.

Violet. — Sur la cure de la cystocèle vaginale ou hernie pré-utérine. Annales de Gynécologie, 1910, 449-456.

Vallon. — De la hernie ombilicale au cours de la grossesse. Thèse de Nancy, 1904.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PLAN GÉNÉRAL 7

CHAPITRE PREMIER. — Relations existant entre la grossesse, l'accouchement et les suites de couches et la production des hernies 9

§ 1. — Quel est l'âge auquel on observe chez la femme l'apparition du plus grand nombre de hernies ? 9

§ 2. — Quels sont les rapports existant entre la multiparité et la fréquence des hernies ? 10

§ 3. — Quelles modifications la grossesse apporte-t-elle à la statistique abdominale ? En quoi ces modifications sont-elles susceptibles de favoriser la production des hernies et par quel mécanisme, suivant l'époque de la puerpéralité ? 13

CHAPITRE II. — Quelle est l'action réciproque que les deux facteurs (hernies et grossesses) exercent l'un sur l'autre ? 19

§ 1. — Quels sont les accidents auxquels ils peuvent donner naissance ? 19

§ 2. — Quel est le pronostic maternel et fœtal dans chaque cas ? 56

§ 3. — Quelle conduite tenir selon la gravité des accidents et l'âge de la grossesse ? 59

CONCLUSIONS 63

BIBLIOGRAPHIE 67

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !